

別記様式第2号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関 所在地
名称
主治医氏名



実施医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
受診者生年月日			年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
過去の治療		○ 受診者が過去に行った不妊治療について記入してください。 (他の医療機関等で行った分も含めて記入してください。)			
		・タイミング療法(実施 (回)・未実施)			
		・排卵誘発法(実施 (回)・未実施)			
		・人工授精(実施 (回)・未実施)			
		・体外受精(実施 (回)・未実施)			
		・顕微授精(実施 (回)・未実施)			
		・手術療法(実施・未実施)(手術方法)			
		・その他()			
今 回 の 治 療	治療期間				
	治療方法				
	治療内容	※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。			
	領収金額	円			